5e Année. No 8. 1er Aout 1884

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E. J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

AVEC LE CONCOURS SCIENTIFIQUE DE

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.

POUR TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION

S'adresser à M. le Docteur E. J. MOURE, 2, cours de Tournon, Bordeaux.

ABONNEMENT :

France . . . . 10f | Étranger. 12f

LES ABONNEMENTS PARTENT DU 1ER JANVIER DE CHAQUE ANNÉE ET NE SONT REÇUS QUE POUR UN AN

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

MDCCCLXXXIV

Les Bureaux de la Revue sont transférés, 2, COURS DE TOURNON

5e Année. N° 8. 1er Aout 1884.

REVUE MENSUELLE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'action du sulfate neutre d'atropine sur la marche des otites aigues chez les enfants.

Clinique du Dr C. Miot.

Depuis que le docteur Gentilhomme a fait connaître, il y a deux ans environ, les bons effets que peut produire l'atropine dans les inflammations catarrhales du nez, on a publié plusieurs observations à l'appui des faits cités par ce praticien.

L'action de ce médicament, n'est pas douteuse sur le plus grand nombre des malades; sur quelques uns, elle est si énergique, même à la dose d'un *demi* milligramme, qu'elle produit une sécheresse considérable du pharynx et rend la déglutition assez difficile pour que le malade soit forcé de s'abstenir d'aliments solides. Ces effets sont particulièrement intenses chez les sujets atteints d'un commencement de pharyngite sèche.

J'ai prescrit la solution d'atropine à un certain nombre d'enfants qui étaient souvent affectés de rhinite intense et avaient, en même temps, une otite aigue d'un côté ou des deux. J'ai remarquer qu'en faisant avorter l'inflammation nasale, dès le début, on enrayait l'otite.

Il est important de modifier rapidement cet état inflammatoire, car beaucoup de jeunes enfants ne peuvent pas contracter un rhume de cerveau un peu violent sans être rapidement affectés de douleurs d'oreille causées par une inflammation plus ou moins diffuse de la trompe et de la caisse du tympan. En faisant diminuer de suite la sécrétion nasale, le processus inflammatoire n'atteint pas les oreilles, soit parce qu'il diminue, soit parce que le muco-pus ne gagne pas les trompes.

Cette pratique si simple évite à un grand nombre d'enfants des otites moyennes à répétitions survenant plusieurs fois dans une année, comme nous l'avons remarqué souvent sur de jeunes enfants lymphatiques (3 à 10 ans), quelquefois chez des adolescents et des adultes, et pouvant produire des lésions sérieuses comme une perforation large du tympan ou d'autres complications plus graves, comme toutes celles qui peuvent survenir dans de pareils cas.

Nous pourrions citer 30 observations à l'appui de notre opinion.

Nous nous bornerons à publier celle du premier malade que nous avons traité de cette manière.

Le 1er septembre 1879, une petite fille de 4 ans nous est amenée par ses parents. Elle est blonde, très lymphatique, et est affectée d'un catarrhe purulent de la caisse gauche, avec bourgeons charnus dans le conduit, inflammation aigue de l'apophyse mastoïde et subaigue de la trompe droite. Le 20 septembre, l'oreille droite est guérie.

Le 9 Nov., l'oreille gauche est guérie aussi, mais la perforation du tympan est trop large pour qu'il soit possible de la faire cicatriser. Au mois de mars suivant, rhinite avec congestion légère de la muqueuse des trompes et des caises, engouement de la trompe droite, avec surdité assez prononcée. Quelques insufflations de vapeurs d'eau et de tolu modifièrent rapidement cet état inflammatoire. A la fin d'avril 1880, rhinite avec les mêmes

accidents auriculaires. Même traitement, guérison rapide. Au mois de novembre de la même année reproduction des symptômes que nous venons de décrire. Traitement déjà indiqué, même résultat. Nous conseillons à la mère de l'enfant de lui administrer, à la première atteinte de rhinite la solution suivante :

N° 1. Sulfate neutre d'atropine, 1 milligramme ; eau distillée 80 grammes, 2 à quatre cuillerées à café par jour à 2 ou 3 heures d'intervalle.

Nous prescrivons aux adultes une dose un peu plus forte.

N° 2. Sulfate neutre d'atropine 1 milligramme; eau distillée 40 grammes, 2 à 4 cuillerées à café par jour à 2 ou 3 heures d'intervalle.

Le 8 janvier 1881, rhinite modifiée avantageusement dès le 1er jour par 2 cuillerées à café de la solution d'atropine n° 1, pas de douleurs d'oreilles. 2 mars 1881, nouvelle rhinite, même traitement pendant deux jours, quelques éclairs de douleur.

Le 15 mai 1881, rhinite, même traitement, même résultat.

Remarques.— Depuis cette dernière époque, nous avons revu plusieurs fois notre jeune malade. Elle a été atteinte de plusieurs rhinites suivies de quelques éclairs de douleurs, mais elle n'a jamais ressenti de douleurs vives comme avant l'emploi de l'atropine. Le sulfate neutre d'atropine a été administré au début de l'inflammation nasale et a toujours produit les mêmes effets.

HÔPITAL ST-ANDRÉ (Service du Dr LANDE)

Tuberculose laryngée primitive.

Observation recueillie et rédigée par L. RABAINE, interne du service.

Laherrère (Jean), cinquante-et-un ans, portefaix, entre, le 11 janvier 1884, à l'hôpital Saint-André, où il est placé dans le service de M. le Dr Lande (salle 12, lit 17).

A son entrée à l'hôpital, le malade n'émet aucun son articulé et ne peut arriver à donner une réponse intelligible aux questions qui lui sont adressées. Il a une dyspnée intense, accompagnée d'un cornage assez accentué. Le simple examen de l'arrière-bouche, à l'aide d'une fourchette pour abaisser

la langue, détermine un accès de suffocation. L'examen laryngoscopique est impossible. La déglutition est difficile, surtout la déglutition des liquides, qui sont rapidement rejetés par le nez, à la suite de petits mouvements d'une toux brusque.

L'examen du thorax dénote à la percussion une diminution de la sonorité dans toute l'étendue du poumon. L'auscultation ne permet de constater qu'un bruit vague et confus; ce sont des râles de toute nature que l'on ne peut caractériser. Diagnostic : œdème de la glotte de cause encore indéterminée.

Le 12 janvier, le malade est dans le même état, et l'exploration reste impossible. Potion au kermès. Gargarisme émollient.

Le 13, même état. Gargarisme au bromure de potassium.

Le 14, mêmes symptômes, mêmes prescriptions.

Le 15, l'asphyxie étant imminente et le moindre attouchement amenant la suffocation, on ne peut faire encore l'examen laryngoscopique, déjà différé depuis le 13.

Le 16, mort avec tous les symptômes de l'asphyxie (cyanose de la face, refroidissement progressif des extrémités, etc.).

Ce n'est qu'au moment de la mort que la sœur du malade put nous donner les renseignements suivants :

Le nommé Laherrère est issu de parents morts depuis longtemps déjà d'une maladie de poitrine (tuberculose pulmonaire?). Lui-même n'a jamais fait de maladie sérieuse; pendant son enfance, il avait été assez chétif. Durant toute sa vie, il a été sujet à des rhumes fréquents. Il toussait d'une façon presque continuelle; cette toux s'accompagnait parfois de l'expectoration de crachats striés de sang; cependant il n'a jamais eu d'hémoptysie notable. Depuis environ six mois, il présentait parfois le soir de légers mouvements fébriles; la nuit, il avait des sueurs abondantes.

Il y a environ quatre mois, après avoir travaillé sur les quais toute une journée pluvieuse, il revint chez lui avec une toux fréquente et quinteuse qui lui causait une douleur assez vive le long de la trachée et du larynx. La voix était voilée, et depuis ce temps elle est devenue de plus en plus éteinte, jusqu'au moment où nous le voyons, le 11 janvier, à son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, on trouve les poumons congestionnés à la base. Leur surface est marbrée de

petites travées noirâtres répondant aux espaces interlobulaires. Les ganglions bronchiques sont légèrement augmentés de volume; ils ont une coloration noire foncée, due à la présence dans leur intérieur d'une infinité de particules de charbon. Des granulations tuberculeuses assez volumineuses (grosses comme un grain de blé) sont disséminées dans toute l'étendue des poumons, surtout aux sommets et aux bords postérieurs. Ce sont des tubercules crus pour la plupart; quelques-uns seulement sont peut-être en voie de subir la dégénérescence caséeuse.

Le cœur se présente avec ses caractères normaux. Il offre peut-être un léger degré d'hypertrophie. Ses orifices sont sains.

Le foie, dont le volume et la coloration sont normaux, présente à la coupe de rares tubercules encore à la première période de leur évolution.

Les reins n'offrent trace d'aucune altération.

C'est surtout à la partie supérieure du larynx que l'on trouve des lésions importantes ; ce sont des ulcérations tuberculeuses jaunâtres, abondantes surtout au niveau de la muqueuse qui tapisse la face postérieure de l'angle du cartilage thyroïde. Des ulcérations semblables se trouvent dans le sillon qui sépare l'épiglotte de la base de la langue. Les cordes vocales ont disparu presque en totalité ; ce n'est qu'à la partie la plus antérieure que l'on trouve encore quelques légères traces des cordes vocales inférieures. Les cordes vocales supérieures et le ventricule du larynx n'existent plus.

L'épiglotte est le siège de la lésion connue sous le nom d'œdème dur. Ses dimensions sont diminuées, elle est comme revenue sur elle-même, comme ratatinée. Elle a perdu à peu près toute élasticité et fonctionne très mal, ce qui explique la difficulté de la déglutition et les fréquentes expulsions des aliments par les fosses nasales. L'orifice supérieur du larynx est très amoindri ; il est réduit à une simple fente.

Les replis aryténo-épiglottiques sont tuméfiés, comme infiltrés de matière gélatineuse et notablement augmentés de volume ; ils ont environ les dimensions de l'extrémité libre de l'auriculaire. Ces lésions expliquent les phénomènes de cornage que nous avons pu observer durant la vie du malade.

Les replis glosso-épiglottiques, eux aussi, sont œdématiés, mais à un degré beaucoup moindre.

Les amygdales et les piliers du voile du palais ne paraissent point altérés.

En présence des lésions qui ont été trouvées à l'autopsie, on peut conclure à une tuberculose laryngée primitive. En effet, le poumon nous offre les lésions propres à la première période de la tuberculose. Dans le larynx, au contraire, on trouve des tubercules qui ont parcouru toutes les phases de leur évolution et qui ont déterminé la destruction complète des cordes vocales. Ces lésions semblent aussi suffisantes, et au-delà, pour expliquer l'existence de l'œdème de la glotte, qui a seul pu en imposer, tant que l'examen laryngoscopique n'a pu faire connaître les lésions premières dont le larynx était le siège, et dont le diagnostic seul était rationnel, devant les symptômes de dyspnée et de cornage que présentait le malade.

L. Rabaine.

Syphilis de l'oreille (*Suite*) (1);

Par le Dr J. Baratoux.

Bright (2) rapporte un cas d'otite moyenne chez un malade atteint de destruction du palais qui succomba quelque temps après à une phlébite des sinus cérébraux avec abcès métastatique du poumon.

Neumann (3) avait précédemment signalé une autre mort due à une carie syphilitique de l'oreille.

C. Tungel (4) rapporte aussi une observation de carie syphilitique avec otorrhagie abondante.

Le catarrhe aigu de l'oreille est considéré par Pagenstecher (5) comme une complication de syphilis du pharynx.

Hutchinson (6) dont l'attention avait déjà été appelée sur les syphilis de l'oreille reprend ce sujet en 1861 et en

(1) Voir *Revue* 1883, nos 10 et 11 et 1884, no 2.
(2) Bright. *Med. Rep.* t. II. 66.
(3) Neumann. *Lincke's Handbuch. Theil II.* p. 394.
(4) C. Tungel. *Deustche Klin.* 1863. n. 23. p. 225. f. 8.
(5) A. Pagenstecher. *Deust. Klin.* 1863. 41-43.
(6) Hutchinson. *Med. Times.* 1861. p. 530. et *A. clinical memoir in certains diseases of the eye and ear, consequent on inhenited syphilis.* 1863. Londres, p. 174.

1863, époque à laquelle il consacre un livre entier aux lésions héréditaires de la maladie. C'est à ce moment qu'il indique « la triade d'Hutchinson » (lésion particulière des dents avec surdité et kératite) comme symptôme caractéristique de l'hérédité vénérienne. Il croit que la surdité à la suite de cette affection peut être seulement produite par une altération de l'appareil nerveux, car, dans les 21 cas qu'il signale, les maladies de l'oreille externe en moyenne ne peuvent être la cause d'une telle surdité; il fait ensuite remarquer que le pronostic est facheux.

Wilks (1) dans un travail sur la syphilis de l'oreille interne, raconte qu'un soldat, âgé de 37 ans, avait eu un écoulement de l'oreille droite à la suite d'une ulcération du pharynx et de perte du voile du palais. A l'autopsie on trouve une carie de l'apophyse mastoïde, l'inflammation des sinus latéraux et de la jugulaire avec abcès métastatique du poumon.

Betz (2) rapporte l'observation d'un homme ayant eu une otorrhée, dans son enfance, qui laissa après elle une certaine surdité. Huit ans avant sa mort, il contracta la syphilis, et trois ans après avoir pris le germe de cette maladie, il eut des signes manifestes de syphilis (exanthèmes, periostite de la base du crâne). La surdité augmenta alors de telle façon qu'il dut faire usage d'un cornet acoustique et plus tard il fut obligé de faire écrire les demandes qu'on lui adressait. Il rendit quelques parcelles osseuses mélangées au pus. On pensa à une carie des rochers et dans les dernières années de sa vie, il eut des douleurs, des vertiges, et mourut à la suite d'attaques épileptiformes.

C'est alors que Triquet (3) publie ses leçons cliniques dont une est consacrée à l'otite syphilitique ; mais sous ce nom, il comprend l'otite blennorrhagique. Pour lui, c'est le tympan, puis la muqueuse de la caisse et celle de la trompe, puis le conduit auditif et enfin le périoste des

(1) Wilks. *Guy's Hosp.* Rep. 1863. 3e série IX. p. 1 *Ueber syph. affect. in. organe.*

(2) Betz. *Vollständige Taubheit nach syphilis, Memorabilien.* 1863. 27 mai. VIII. 5.

(3) Triquet. *De l'otite syphilitique.* In *leçons cliniques sur les maladies de l'oreille* p. 95 et *journal de méd. et de chir. pratiques.* 1863. juillet.

osselets et l'os temporal qui sont atteints par ordre de fréquence.

Peu après E. Fournié (1) signale l'infection primitive de l'orifice de la trompe d'Eustache à la suite du cathétérisme pratiqué avec des sondes mal nettoyées. Une discussion s'engage alors au sein de la Société médicale des hôpitaux, lorsque M. Lallier (2) y présente une nouvelle malade infectée par le même procédé.

MM. Gubler, Vigla, Gosselin, Ricard, Folin, Fournié, Hillaret (3) rapportent tour-à-tour 13 faits analogues de contamination attribuée au même médecin. Maurice Raynaud et M. Lancereaux en voient aussi un cas dans le service du professeur Hardy (1863). Puis MM. Bucquoy (4) et Lortet (5) font connaître des observations analogues.

(A suivre.)

Sur le pharynxmycosis leptothrix,

Par le Dr Théodore Héring, médecin de l'hôpital St-Roch, à Varsovie.

Permettez-moi d'attirer votre attention sur une maladie du pharynx relativement rare et très intéressante au point de vue étiologique, c'est la mycose tonsillaire décrite pour la première fois par Fraenkel en 1873.

Le nombre d'observations n'est, jusqu'à présent, que très restreint et, Gumbiner n'a réussi à en réunir que six cas.

Ce chiffre doit paraître d'autant plus extraordinaire, que l'investigation du pharynx se fait, maintenant, avec une exactitude minutieuse, et il est à supposer, que le processus morbide dont nous nous occupons, a pu être confondu avec d'autres maladies analogues. Cette hypothèse paraît d'autant plus fondée, qu'il faut avoir recours au mycroscope et aux réactions mycro-chimiques, pour

(1) E. Fournié. Arch. géné. le *Méd.* 1863. II. p. 267.
(2) *Soc. méd. des hôpitaux.* 1864. 28 sept.
(3) *Soc. Méd. des hôpitaux.* 1864. 12 octob.
(4) Bucquoy. *Gaz. hebd.* de 1865. no 25.
(5) Lortet. *Gaz. méd. de Lyon.* 1866. 1er mars.

pouvoir bien établir la nature mycotique de cette maladie. Les recherches présentaient d'autant plus de difficultés que, jusqu'à présent, on n'a pu s'occuper que des produits superficiels de la maladie, tandis que la substance proprement dite, c'est-à-dire les tonsilles ou (amygdales), n'étaient guère accessibles. Aussi est-ce par un concours extraordinaire de circonstances, que j'ai eu occasion d'observer six cas de mycosis en deux ans, et d'exciser les tonsilles chez trois de ces malades, et je viens vous communiquer le résultat de mes observations.

Ainsi que j'ai eu l'honneur de vous le dire, l'affection qui nous occupe a été décrite pour la première fois par B. Fraenkel, qui a présenté le malade à la Société médicale de Berlin; un autre cas a été étudié par le même auteur en 1880, et les cryptogames désignés sous le nom de leptothrix buccalis. — Depuis, le même auteur en a observé plusieurs autres et s'occupe, maintenant, de la culture artificielle de ce cryptogame.

Une observation analogue, décrite par le Dr Baginski, concerne un jeune garçon affecté simultanément d'ozène trachéale, et chez lequel, ce médecin et B. Fraenkel ont pu trouver des fils de leptothrix sous les cordes vocales, au milieu d'autres produits sécrétés.

L'année dernière, Eugène Fraenkel (de Hambourg), publia une nouvelle observation de Mycosis tonsillaris lingalis, complétée par les recherches du professeur Sadebeck. Les deux auteurs prétendent avoir trouvé l'origine de la maladie dans un nouveau bacillus auquel, vu sa forme, en effet, ils ont donné le nom de *bacillus fasciculatus*.

M. Sadebeck considère comme spores les nombreux grains qui se trouvent entre les filaments, tandis que E. Fraenkel prétend que spores et bâtonnets (bacilloli), représentent les différentes phases de développement du même organisme microscopique.

Nous mentionnons encore deux observations de Mycosis benigna, publiées par le Dr L. Bayer, ainsi que la thèse inaugurale du Dr Gumbiner, sur le Mycosis du pharynx. Lui aussi, appelle les éléments parasitaires « Leptothrix » et donne, dans son travail, un aperçu de toutes les observations connues.

Après avoir payé un juste hommage à ceux de nos confrères, qui, les premiers ont contribué à isoler cette nouvelle forme nosologique de celles avec lesquelles on l'avait confondue antérieurement, je viens, à mon tour, communiquer une observation du même genre qui est d'autant plus intéressante, que le sujet en est un aimable confrère, M. le Dr Dembicki, il a bien voulu me fournir, lui-même, les détails suivants sur le développement et la marche de sa maladie.

M. Dembicki, souffrant depuis longtemps de catarrhes du pharynx, fut en 1874 atteint d'angine aiguë, compliquée de fièvre, et qui, par des exacerbations répétées, le força à garder la chambre pendant trois semaines. — En janvier 1875, le malade constata l'apparition de nombreuses nodosités et excroissances à la base de la langue et aux deux amygdales, dans les cryptes desquelles elles constituaient des concrétions jaunâtres, dures, très résistantes, du volume d'un grain de millet.

L'état général du malade était très inquiétant; les forces diminuèrent, l'appétit disparut, on constata de la difficulté d'avaler, une sensation de sécheresse et d'irritation dans la gorge; le sommeil fut troublé, une dépression générale s'empara du malade, d'autant plus, qu'en l'absence de tout autre symptôme pathologique et du peu de succès des médications employées, l'idée d'une affection tuberculeuse se présentait, en quelque sorte, d'elle-même.

En outre, les mouvements de la langue et l'émission de la voix devenaient de plus en plus difficiles.

Au mois de mai, le malade se rendit à Cracovie, à l'effet de consulter le professeur Biesiadecki, qui constata que les néoplasmes, enlevés à la base de la langue, avaient une réaction iodée très prononcée, et diagnostiqua une dégénération amyloïde des glandes muqueuses; plus tard, le professeur Stoerk, de Vienne, confirma la rareté de la maladie, et à ce titre en fit l'objet d'une conférence à la Société médicale de Vienne, à laquelle le malade fut présenté. Le professeur Stoerk déclara que les dépôts dans les tonsilles étaient des concrétions calcaires, mélangés de mucus et de cristaux de cholestéarine. On essaya de les enlever à l'aide de pinces, ce qui,

cependant, fut aussi douloureux qu'inutile, les concrétions réparraissant de nouveau le lendemain.

Notre pauvre confrère, fatigué par sa maladie et aussi par le traitement suivi, se rendit à Marienbad, espérant y trouver au moins quelque soulagement dans la dyspepsie, dont il souffrait et se soumit, derechef, à une exploration, qui fut pratiquée par le professeur Klebs. Ce dernier constata la présence du leptothrix buccalis et saisit cette occasion pour publier un travail très intéressant sur les *mycus de la cavité buccale.*

Désespérant de trouver dans la thérapeutique un remède contre ses souffrances, le Dr Dembicki eut l'idée d'essayer la nicotine, sous forme de cigares et le moyen réussit.

Deux mois après, toute tache blanche avait disparu, et le malade, dont j'ai eu l'honneur de faire la connaissance, doit, au moins jusqu'à présent, sa guérison à un moyen que le peuple considère, depuis longtemps, comme remède anti-parasitaire.

L'observation, que je viens de citer, soulève plusieurs questions importantes auxquelles je reviendrai plus tard, après avoir défini, plus exactement, l'importance clinique de la maladie que nous étudions.

A cet effet, j'ai groupé toutes les observations connues, avec celles que j'ai pu faire moi-même, dans un tableau, qui pourra servir de jalons pour l'étude de la mycose du pharynx (1).

La mycose du pharynx constitue donc une maladie des amygdales et de la base de la langue caractérisée par l'apparition de *granulations* jaunâtres, grisâtres, le plus souvent molles, quelque fois cornifiées et pédonculées, ou d'excroissances pointues. — Leur siège est dans les cryptes des amygdales, quelque fois sur la muqueuse de ces dernières, de l'arcade palatine ou de la paroi postérieure du pharynx, dont elle couvre les parties latérales de haut en bas. A la base de la langue elles émergent, presque sans exception, des papilles ou des glandes folliculaires, et constituent des faisceaux ou houppes, longs de deux à huit millimètres et larges de deux.

(1) Voir pages 268 et 269.

Ces excroissances se distinguent par leur facilité de récidive après l'opération ; ne causent, à l'ordinaire, que très peu d'irritation locale sans réaction fièvreuse, qui ne se fait jour que rarement et dans des cas exceptionnels.

La maladie affecte surtout les amygdales (sept fois sur quatorze observations), les amygdales et la base de la langue (sept fois). Douze de ces observations consta-

NOM DE L'AUTEUR	SEXE du malade	AGE	SIÈGE DE LA MALADIE		SYMPTOMES	
			TONSILLES	BASE DE LA LANGUE	LOCAUX	GÉNÉRAUX
B. FRAENKEL	M.	20	—	Eminences disséminées.	Catarrhe léger du pharynx.	—
B. FRAENKEL	M.	—	Toutes les deux.	—	?	?
BAGINSKI	M.	12 1/2	Deux amygdales et ozène trachéal.	—	—	—
KLEBS	M.	30	—	Eruptions nombreuses	Dysphagie, gêne dans la parole.	Amaigrissement, faiblesse, dyspepsie.
E. FRANKEL	M.	30	—	Amygdale droite et base de la langue.	—	—
GUMBINER	F.	23	Les deux amygdales, base de la langue et paroi du pharynx.	—	—	—
BAYER	F.	28	—	Amygdales et base de la langue.	—	—
BAYER	F.	15	—	Idem.	Petite toux.	—
F. HERING	F.	34	—	Eruption légère.	—	—
F. HERING	F.	24	—	Petites nodosités à l'amygdale droite.	Irritation de la gorge	Faiblesse.
F. HERING	F.	20	—	Deux amygdales.	Disphagie.	Etat fébrile.
F. HERING	M.	24	—	Affection légère des deux amygdales	Irritation de la gorge, toux.	—
F. HERING	F.	20	—	Amygdale droite.	Disphagie.	Etat fébrile
F. HERING	F.	62	—	Affection violente des deux amygdales.	Disphagie.	—

(1) Malade revue le 14 Décembre 1883 sans traces de Mycose.

tent la présence des concrétions blanches dans les deux amygdales ; les deux dernières, se rapportent à l'amygdale du côté droit.

Les femmes paraissent plus disposées à la maladie que les hommes (8, B). — L'âge du malade embrasse une période assez étendue (12 1/2 à 62 ans), bien que les

observations les plus fréquentes soient limitées par l'âge de 28 à 35 ans (10 sur 14).

Quoique la maladie soit très caractérisée, même à première vue, on l'a cependant confondue avec la diphthérie, l'amygdalite folliculaire et la formation de concrétions. — Ici, les points suivants peuvent servir de jalons pour le diagnostic différentiel.

La mycose diffère de la diphthérie par le manque absolu

RÉSULTATS de l'exploration au MICROSCOPE	TRAITEMENT	RÉSULTAT	LITTÉRATURE
Bâtonnets et mycrococcus.	?	?	Berl. Klin. Wochenschr, 1873, p. 94.
?	?	?	— — 1880, nº 18.
Leptothrix dans la sécrétion trachéale.	?	?	Société clinique de Berlin, 17 Mai 1876.
Leptothrix.	Caustiques et anti-putrides	Guérison.	Archives de pathol. exper. de Klebs, 1876.
Bacillus fasciculatus.	Galvano-caustique.	Guérison.	Zeitschr. f. Klin. Medicin Leyden, 1882, p. 288
Leptothrix.	Caustique, teinture d'iode, etc.	Récidive depuis 5 ans.	Ueber eine gutatige Mycosis, etc. Inaug. Diss. 1883. Berlin.
Leptothrix.	Arrachement à l'aide des pinces.	Guérison.	Revue mensuelle de Laryngologie. p. Moure, 1883
—	Idem.	?	— — —
Leptothrix.	Galvano-caustique.	Guérison.	Observation inédite.
—	Amygdalotomie.	—	—
—	Amygdalotomie et galvano-caustique.	—	—
—	Arrachement par les pinces.	—	—
—	Galvano-caustique.	—	—
Leptothrix.	Amygdalotomie.	Récidive. (1)	—

d'accidents inflammatoires locaux; par l'absence de fièvre, par l'apparition disséminée des petits groupes. leur résistance et l'invasion simultanée de la base de la langue.

La tonsillite folliculaire se complique également de fièvre; les produits de cette maladie sont fragiles, se laissent facilement éloigner sans présenter de résistance. — En dernier lieu, le microscope élucidera le doute.

La véritable et seule erreur possible vient des concrétions qui tapissent les cryptes des amygdales dans l'amygdalite chronique. Elles constituent, en effet, des corpuscules blancs ou gris résistants, d'une consistance analogue à la chaux ou au ciment, et sont parfois expectorées par la toux, ou par leur séjour prolongé peuvent occasionner de la fièvre ou même des abcès.

Ces granulations, d'ailleurs, se laissent facilement expulser des cryptes des amygdales, soit par la compression, soit à l'aide d'un stylet. — L'analyse microscopique constate la présence de cellules graisseuses d'épithélium, de concrétions calcaires, de cristaux de cholestéarine et de bactéries, mélangés quelque fois (B. Fraenkel) de filaments de leptothrix.

D'après une lettre de M. E. Fraenkel, la teinture d'iode ne provoquait aucune réaction, ce qui, joint aux autres symptômes de son observation, me fait croire qu'il s'agissait, ici, plutôt de la présence de concrétions dans les amygdales, que de la mycosis leptothricia proprement dite.

Symptômes. — Dans six observations, les malades n'ont présenté aucun symptôme local; dans huit cas, ils se plaignaient de titillations légères dans la gorge, de sécheresse, petite toux et dysphagie légère.

L'influence du mycosis sur l'état général des malades, n'a pu être constaté que trois fois, dont l'observation relative au Dr Dembicki, mérite une mention spéciale, comme présentant, même *avant l'institution du traitement local*, la faiblesse, l'amaigrissement, la dyspepsie.

Ces phénomènes sont d'autant plus extraordinaires, que ce n'est pas depuis leur apparition qu'on a appliqué les caustiques, l'arrachement et le galvano-cautère.

Dans ces circonstance, il n'y a rien d'étonnant de voir paraître des symptômes inflammatoires, de la dysphagie, des accès de fièvre et une anorexie complète, aggravant la dépression générale du malade qui, malgré les assertions de son médecin, craint toujours l'apparition de la diphthérie.

La disparition immédiate de tous ces symptômes après l'enlèvement des foyers mycotiques, prouve que la qualification de « bénigne » ne saurait être appliquée à des

cas plus graves et pouvant se prolonger des mois entiers ; et je crois être dans le vrai, en proposant d'appeler la maladie *mycosis leptothricia*, d'autant plus, que l'emploi de l'iode, comme réactif, en caractérise suffisamment la nature.

Or, cette dernière méthode n'ayant pu jusqu'à présent être appliquée qu'à des produits superficiels, il a fallu faire des recherches sur les amygdales elles-mêmes.

Dans ce but, les concrétions enlevées à l'aide d'une pince ou d'une curette affilée, furent lavées dans une solution de potasse caustique, titrée au cinquième et plongée dans un bain de glycérine pour être examinées au microscope. Elles consistaient en cellules épithéliales lamelleuses dépourvues de nucléole, souvent parsemées de granules très fins, réflétant fortement la lumière et brillants; et entourées d'une masse jaunâtre et adhérente.

C'est dans cette dernière, que se trouvaient des bâtonnets plus ou moins longs, arrondis, polarisant fortement la lumière et rangés, soit en forme de filaments touffus, soit en forme de pelottes ou de gerbes.

Ces corpuscules n'étaient ni articulés, ni ramifiés, mais se recourbaient en forme d'arc ou affectaient une disposition réticulaire, tapissant les agglomérations épithéliales.

Sous l'influence d'une faible solution de Lugol, les bâtonnets, de même que les filaments touffus, se teignaient en bleu intense, tandis que les nucléoles n'étaient que légèrement teintés de la même couleur (f. I.). — Les bâtonnets présentaient alors un aspect articulé qui, cependant, n'était que passager et disparaissait, bientôt, pour reparaître sous l'influence de la teinture d'iode. En examinant de plus près des bâtonnets qui perdaient leur coloration, j'ai pu constater que les corpuscules bleus n'étaient pas du tout des spores mais que c'était bien des petits dépôts amylacés, apparaissant tantôt sous forme de granules ronds et isolés, tantôt comme masse allongée, remplissant la cavité du fil (Robin).

En outre, j'ai trouvé qu'à mesure que les bâtonnets perdaient leur coloration ils devenaient minces, homogènes et inarticulés.

Cette segmentation factice n'est donc point produite par des septums transversaux, mais, selon toute probabilité, par les dépôts à l'intérieur du filament de glomérules amylacés qui, plus tard, forment une masse homogène en se confondant les uns avec les autres.

J'ai réussi à diviser les filaments allongés en bâtonnets plus ou moins longs sans, toutefois, parvenir à produire la masse que la teinture d'iode teignait en bleu.

Le bleu de méthyle et la couleur violette de gentiane, n'ont jamais donné des images aussi nettes que la teinture d'iode.

Si le lendemain du jour ou j'avais enlevé le leptothrix, j'examinais de nouveau les amygdales, — ces dernières présentaient une sorte de membrane très délicate dans laquelle, cependant, les filaments de leptothrix étaient très rares, mais, par contre, il y avait de nombreuses cellules épithéliales, une substance à granulation millaires, indifférente à l'action de l'iode.

Il s'agissait, maintenant, de savoir si les parcelles trouvées dans les cryptes des amygdalles étaient en relation directe avec les filaments de leptothrix qui s'étendaient à leur superficie.

En soumettant des amygdales extirpées, au microscope, je constatai deux formes différentes de mycoses; l'une, était représentée par des excroissances superficielles, adhérentes à l'épithélium de la muqueuse, présentait une forme semi globulaire; elle consistait en couches épithéliales cornifiées, homogènes à leur milieu, effilées vers leurs bords et entourées d'une masse nucléolaire (fig. II).

La seconde espèce formait des pivots triangulaires (fig. III), perçant l'épithélium de la muqueuse, et qui entraient assez profondément dans la substance de l'amygdale, où ils disparaissaient presque entièrement. Ces pivots étaient jaunâtres, homogènes, brillants; ils se composaient d'écailles épithéliales confluentes et de débris d'épithélium, affectant la forme d'un fuseau. Les couches supérieures étaient également parsemées de la substance dont nous avons parlé plus haut, et laissaient émerger des néoplasmes arrondis.

L'action de l'iode ne confirmait plus l'existence des

filaments de leptothrix qui, selon toute probabilité, s'étaient atrophiés sous la compression des cellules épithéliales.

J'arrive à la partie la plus importante de mes recherches, c'est-à-dire, aux phénomènes constatés dans les cryptes elles-même.

Ainsi que je l'ai dit, la mycosis pharyngis se caractérise par l'absence des symptômes inflammatoires dans les tissus affectés. — Les changements constatés dans les amygdales se bornent à un engorgement de la couche épithéliale de la muqueuse, et à une augmentation de volume des follicules, d'ailleurs peu nombreux à cet endroit; les glandes muqueuses sous-jacentes ne présentaient aucune altération.

A la coupe, les cryptes remplies d'une masse blanchâtre cornifiée étaient visibles, même à l'œil nu. Examinées au microscope, même avec un faible grossissement (système 4, oculaire 3, Hartnack), leur contenu se composait de bandes tressées vers le centre, jaunâtres, effilées vers la périphérie et de lamelles épithéliales atrophiées. Sous la compression du verre, elles changeaient de forme, s'allongeaient, s'atrophiaient, perdaient leurs nucléoles, devenaient brillantes et formaient des couches homogènes concentrées.

Un grossissement plus fort (système 9, oculaire 3) et la réaction iodée, permettait de constater d'une manière indéniable, la présence de bâtonnets et de filaments de leptothrix, parsemés d'agglomérations de la substance jaunâtre dont nous avons déjà parlé.

M. le professeur Klebs, avec sa bienveillance habituelle, a examiné mes préparations et y a confirmé la présence de filaments de leptothrix.

Après avoir, de cette manière, acquis la certitude que les contenus des cryptes étaient parsemés de fils de leptothrix, nous arrivâmes à la conviction qu'il y avait une relation entre les couches blanches et les nodosités des amygdales d'une part et les éléments sensibles à l'action de l'iode d'autre part.

Désirant le prouver d'une manière encore plus positive, nous devons remplir deux conditions, conformément à l'état actuel de la science. — Il faut d'abord inoculer les

produits morbides aux animaux et instituer des cultures artificielles.

A cet effet :

1° J'ai inoculé à cinq lapins la sécrétion prise dans les amygdales, et j'ai placé des petites parcelles de la même substance sur la conjective et sous la peau du dos. Chez un seul animal la matière inoculée fut absorbée par la conjonctive, mais ceci ne donna aucun résultat positif ; les vaccinations faites sous la peau provoquèrent quelques abcès de nature caséeuse, mais rien de plus. Je me piopose donc de recommencer ces expériences sur une plus large échelle dès que j'aurai assez de substance à inoculer.

2° Pour définir la nature des bâtonnets et des fils, il nous faut résumer les idées courantes sur le leptothrix buccalis.

Plusieurs observateurs ont rangé ces produits parmi les algues, d'autres, au nombres des schizomycètes, ce qui prouve, qu'on y a retrouvé les éléments analogues à ces deux groupes. La différence est cependant très visible suivant la présence où l'absence de la chlorophylle, bien qu'il y ait parmi les phanérogames beaucoup d'autres plantes dépourvues de cette matière colorante, et Cohn réunit les schizomycètes et les algues dans la même famille morphologique.

En réalité, déjà Leuwenhoeck (XVII[e] siècle) émit l'idée que la majeure partie de la substance blanchâtre adhérant aux dents se composait d'une couche de bâtonnets de différentes longueurs et s'enchevètrant d'une façon irrégulière.

Bühlman (de Berne) confirma cette appréciation en 1840 ; mais ce n'est qu'en 1847 que Robin donna un tableau complet morphologique et systématique du leptothrix buccalis, les auteurs précédents ayant fréquemment confondu ce néoplasme avec toutes sortes de tissus filiformes.

Hallier augmenta cette confusion en appliquant à différents tissus filamenteux (schizomycètes et champignons la définition que Klebs avait si justement réservée pour une seule classe d'organismes végétaux.

(1) Klebs. In Eulenburg's Real-Encyclop. F. VIII p. 260.

D'après Klebs (1) l'algue, « leptothrix buccalis » présente à son développement complet la forme décrite par Robin, c'est-à-dire un arrangement filiforme à éléments juxtaposés, contenant des granules d'amidon où des bâtonnets prolongés, et entouré d'une couche assez épaisse d'une substance granuleuse.

Ce n'est que plus tard que l'on voit apparaître des écheveaux de fils contenant également de l'amidon. — On ne saurait cependant affirmer si ce dernier tire son origine de la matière germinatrice, où s'il se développe dans les filaments.

Zopf (1) émet un avis tout à fait opposé, dont j'extrais la définition suivante des tissus en question : « Le leptothrix buccalis champignon de la carie dentaire, habite la cavité buccale de l'homme où il végète dans la muqueuse, dans l'émail, et dans le tartre des dents. Ce parasite occasionne la carie dentaire, et on le retrouve même dans le tartre des dents de momies, où sa présence est facile à constater après la dissolution de la chaux par l'action des acides. (W. Miller) Ces filaments forment des bâtonnets plus ou moins longs, ainsi que des micrococcus; quelque fois toutes ces formes sont visibles le long du même fil, (ce qui prouve, que ce ne sont que des différentes phases de développement.) Ces micrococcus se dédoublent continuellement, et de cette manière ils forment des zooglœas disposés en agglomérations irrégulières. — Quelque fois d'autres fils émergent de ces agglomérations qui acquièrent alors la forme de touffes étoilées. »

Or, tandis que *Zopf* va jusqu'à faire l'historique du développement du leptothrix, *Flügge* prétend, dans son dernier ouvrage que le leptothrix ne saurait être considéré comme genre spécial, et aura probablement bientôt disparu de la nomenclature scientifique. Il constitue, selon toute vraisemblance une modification embryologique de certains bacillus, et Flügge conseille d'employer le nom de leptothrix pour toutes espèces de bacillus filiformes.

Le même auteur, décrit cette espèce comme des fils

(1) Die Spaltpilze 1883.

longs, minces, d'une épaisseur de 0, 07 millimètres paraissant dépourvus d'articulations, incolores, se réunissant en touffes ou en masses feutrées mélangées à toutes espèces de micrococcus et des champignons, et que l'on rencontre dans le revêtement tartreux des dents.

En outre, le même auteur prétend que le seul caractère distinctif du leptothrix serait la présence de fils qui se trouvent dans les couches épaisses des micrococcus, et leur coloration violette au contact de l'iode et des acides; coloration. dont s'impreignent non les tuniques extérieures, mais le contenu des fils en question. Il va jusqu'à prétendre, que les septa des fils restent incolores, et n'en sont que plus visibles. (1)

L'influence du Leptothrix sur l'organisme humain, d'abord étudié par Leber et Rottenstein, et plus tard par W. Miller consiste non-seulement dans son action nuisible sur les dents et leur parties calcaires, mais encore, dans sa faculté à produire des incrustations. C'est ainsi que Klebs a signalé des dépôts de ce parasiste non-seulement dans le tartre dentaire, mais encore dans les concrétions des amygdales, dans les calculs salivaires, et vésicaux.

D'après le même auteur, il est incontestable que le rapport existant entre le leptothrix et les carbonates de chaux qui constituent les calculs buccaux se rapproche de la condition dans laquelle les algues dites « calcaires » se trouvent dans les différentes couches géologiques de notre globe. Il faudrait donc, compter les leptothrix parmi les algues qui dissolvent ou qui déposent de la chaux, suivant les différentes périodes de leur développement. D'autre part, Leyden et Jaffe (2) ont signalé la présence de ce parasite dans certaines formes de la gangrène des poumons, et dans les conduits lacrymaux.

Leber (3) a essayé d'inoculer le leptothrix buccalis sur la cornée, et prétend avoir obtenu de cette manière une

(1) Flügge, Fermente und Micro-Parasiten, Handb. der Hygiène.

(2) Ueber putride sputa. Deutsch. Arch. für Kl. med. 1867

(3) Leber. Berlin. Klin. Wochens. 1882, N° 11.

inflammation purulente assez grave, accompagnée de la production de fils très délicats, longs, articulés, et de véritables chaînettes de bâtonnets présentant la réaction caractéristique iodée.

Toutes ces controverses prouvent suffisamment, combien il est difficile de définir d'une façon bien exacte les éléments du mycosis pharyngis. Aussi, n'est-ce qu'avec un certain doute, que nous mentionnons la découverte du « Bacillus fasciculatus » par E. Fraenkel, d'autant plus, que cet observateur n'a employé ni la teinture d'iode, ni des essais de culture pour fixer son diagnostic. D'après mes observations personnelles, je crois pouvoir affirmer, qu'il est possible de constater (à l'aide de l'iode). que la segmentation n'est qu'artificielle et qu'après un emploi prolongé de la solution de Lugol on peut constater la coloration violacée des particules récemment enlevées des amygdales. Il est même possible de trouver que la réaction est encore plus prononcée sur des foyers tout-à-fait récents.

Toutes ces questions ne sauraient être résolues, que par des essais de culture, prolongés et menés à bout par des mains expérimentées.

Pour terminer, Messieurs, quelques mots du traitement.

Ici on se demandera, sans doute, si réellement et en présence de tout ce que nous avons dit des symptômes, un traitement spécial sera autorisé.

Malheureusement, l'état des malades, et leur désir de se débarrasser des plaques blanchâtres dans la gorge, forcent souvent le médecin à agir d'une façon très énergique. L'emploi des caustiques n'est pas toujours désirable, ces remèdes eux-mêmes occasionnant souvent des tâches similaires. et je me suis toujours bien trouvé en employant soit le galvano-cautère, soit des pinces à curettes affilées, que j'ai fait construire pour cet usage. — Ce traitement, cependant, demande souvent des séances réitérées impatientant le malade et l'opérateur, au point de lui faire employer le crochet et le couteau.

Les résidus peuvent être détruits à l'aide du galvano-cautère.

Cette façon de procéder m'a réussi auprès de cinq de

mes malades. Le sixième a récidivé, et je me console de mon peu de succès, en songeant, qu'il me servira de matière à inoculer.

LÉGENDE DES GRAVURES

Fig. 1. — Fils de leptothrix teints en violet, rangés par touffes, et masses de zoogleas dans une parcelle d'épithélium. (Hartnack Oc. 3. S. 9).
(a) Leptothrix.
(b) Zooglœas,

Fig. 2 — (a) Foyers mycotiques d'une tonsille.
(b) Couche épithéliale.
(c) Zooglœas. (Hartnack Oc. 3. S. 4.)

Fig. 3 — (a) Foyers coniques dans une crypte de tonsille.
(b) Zooglœas à granules très fins.
(c) Couche épithéliale.
(d) Substance fondamentale (Stroma).

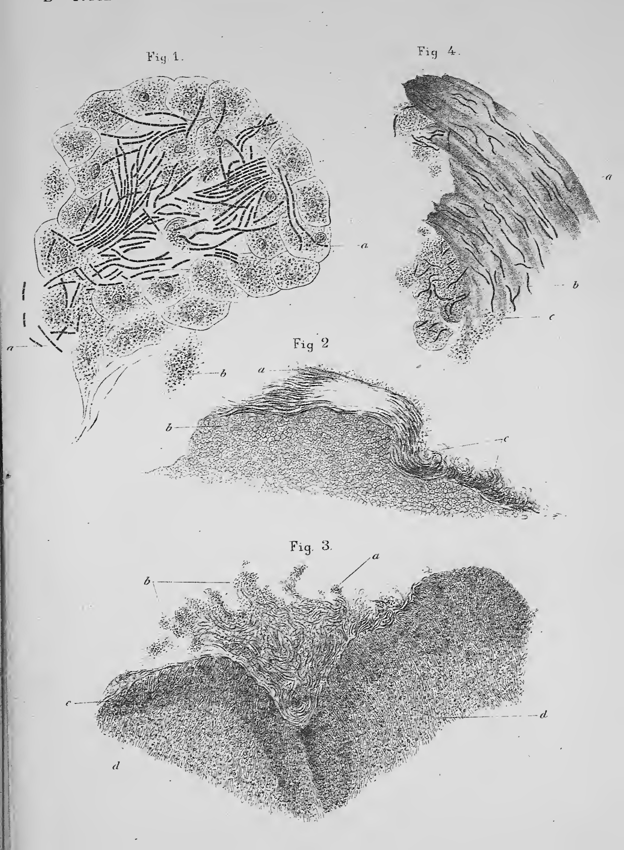
Fig. 4. — Fragments d'une parcelle, provenant d'une crypte. (Oc. 3. S. 9.)
(a) Epithélium cornifié.
(b) Fils de leptothrix.
(c) Masse de zooglœas.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

De l'influence des maladies du nez et de la gorge sur la production des maladies de l'oreille moyenne par le Dr Juan Ramon Pujol. *(Thèses de Paris 1884).*

Dans toute affection de l'oreille moyenne nous répète bien souvent notre maître M. le Dr Moure, examinez le pharynx et dans la plupart des cas vous y trouverez l'explication des lésions de l'oreille. C'est à la démonstration de cette vérité bien connue des otologistes que M. le docteur Ramon a consacré sa thèse. Dans une première partie de son travail l'auteur fait l'anatomie de la cavité naso-pharyngienne et de la trompe, et passe en revue les principaux moyens d'exploration qui permettent au praticien de se rendre compte de l'état de ces parties. L'auteur décrit ensuite les sypmptômes du catarrhe aigu et chronique de la caisse et passe à l'étude des maladies du pharynx et du nez qui peuvent déterminer des troubles de l'audition.

Les angines et le coryza aigu ou chronique, simples ou


Dr. T. Hering. Mycosis pharyngis leptothricia.
Fig. 1.
Fig 4.
Fig 2
Fig. 3.
a
b
c
d

développés sous l'influence des divers agents toxiques, les diverses tumeurs du nez et de la cavité naso-pharyngienne, peuvent-être le point de départ de maladies de l'oreille moyenne. La grippe, les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, l'érysipèle peuvent aussi donner naissance à des inflammations de l'oreille moyenne. L'auteur enfin consacre un chapitre au corps étrangers et aux lésions qu'ils peuvent déterminer et termine son travail par l'étude des troubles de l'innervation pouvant altérer les fonctions de la trompe d'Eustache. Nous avons sommairement indiqué les sujets traités dans ce travail qui fait le plus grand honneur à son auteur, qui ne s'est pas seulement contenté d'apporter à l'appui de sa thèse les opinions et les observations des maîtres, mais encore de nombreuses observations personnelles.

J. CHARAZAC.

Sarcome fasciculé du pavillon de l'oreille, par le Dr J. TOISON, chef des Travaux d'histologie à la Faculté de Lille.

La femme C..., 50 ans, sentit pour la première fois, en 1880, un bouton se développer à l'oreille gauche; il s'est accru lentement et sans douleur. Elle entre à l'hôpital en août 1883. L'oreille gauche présente, au niveau de la partie moyenne de l'helix, une tumeur légèrement pigmentée en brun clair, tumeur granuleuse ; la peau épaissie et gonflée est peu mobile; quelques petits vaisseaux viennent marbrer la surface granuleuse de la tumeur. Rien aux ganglions.

Ablation le 29 octobre, pansement de Lister, cicatrisation complète le 8 novembre. L'examen histologique de la tumeur confirme le diagnostic ; ce n'est pas une tumeur épithéliale, c'est un néoplasme constitué par du tissu conjonctif jeune, un sarcome fasciculé, développé dans le tissu conjonctif dermique.

J. C.

Otite purulente, hallucinations. — Par le Dr MOREAU (de Tours).

La nommée R... 46 ans, atteinte depuis fort longtemps d'otite purulente à gauche, devient à la suite d'une violente frayeur sombre et mélancolique. Cet état d'apathie se transforme bientôt après en une assez vive excitation maniaque qui

nécessite son entrée à la Salpêtrière dans le service du docteur Moreau (de Tours).

A son arrivée elle se plaint d'entendre des voix qui l'injurient. Ces hallucinations présentent ce caractère particulier que dans l'oreille droite elle entend des voix de femmes; dans l'oreille gauche des voix d'hommes (côté malade). Des deux côtés toutefois la voix à un caractère injurieux. En dehors des hallucinations, lorsque les voix la laissaient tranquille elle entendait mais seulement du côté malade, des ronflements, des bruits de tonnerre, des sifflements. Rien de semblable du côté sain. L'otite, dit l'auteur, ne s'améliore pas malgré un traitement assidu (*Paris médical*, 22 mars 1884).

J. C.

La lecture sur les lèvres comme palliatif de la surdité, par M. Marius Dupont, professeur à l'Institut national des sourds-muets.

Dans un fort remarquable et fort intéressant article publié par la *Tribune médicale*, M. M. Dupont étudie les moyens de suppléer à l'ouïe par la vue chez le sourd. Degerando, en 1827, et plus récemment, M. le docteur Schmaltz (1841), professeur à l'institution des sourds-muets de Dresde, avaient préconisé la lecture sur les lèvres comme palliatif de la surdité. Depuis, quelques praticiens ont cherché à mettre en pratique les idées de Schmaltz; et M. Dupont cite le cas du malade de M. Miot qui, atteint d'une surdité incurable avait appris seul, à force de patience, à lire la parole sur les lèvres d'un certain nombre de personnes. Mais l'observation la plus remarquable est celle de Mlle M. de P., femme fort intelligente et fort instruite, qui, atteinte d'une surdité reconnue incurable par Gruber, Miot, Ladreit de Lacharrière, Garrigou-Désarène et Tillaux, apprit, sous la direction de M. Dupont et en l'espace de deux mois, à lire sur les lèvres, non-seulement le français, sa langue maternelle, mais encore l'allemand et l'italien, langues qu'elle possédait, il faut le dire, parfaitement bien avant sa surdité. Nous regrettons de ne pouvoir donner de cet article qu'une analyse succincte, nous ne pouvons que conseiller au lecteur la lecture complète dans la *Tribune médicale* du 22 juin 1884.

J. Charazac.

De la glossite expoliatrice marginée;

Par le Dr G. Lemonier (Thèse, Paris 1883 — A. Delahaye et Lecronnier, édit.).

Après un historique complet de la question dans lequel l'auteur rappelle les travaux de Rayer, Meller, Betz, Bergeron, Gubler, Bidou, Alibert, Gautier, Parrot, Vanlair, Caspary, Unna et quelques autres qui ont fait de simples allusions à cette affection; M. Lemonier se ralliant à l'idée du Dr Fournier pense qu'il est préférable de désigner cette forme particulière de glossite par un nom spécial, au lieu de la laisser englobée sous la dénomination générale et un peu vague de psoriasis lingual. — L'anatomie pathologique de la lésion démontre qu'il s'agit d'une lésion superficielle, intéressant principalement l'épiderme, probalement la partie la plus superficielle du derme, mais dans laquelle le parasitisme n'entre pour rien.

L'auteur arrive ensuite à la question difficile de l'étiologie et discute l'origine syphilitique de la maladie sans attribuer à cette diathèse, comme l'ont fait certains auteurs, une influence plus active qu'à toute autre cause (abus de tabac, alcoolisme, accidents nerveux, herpès, eczéma, athérome, règles, attréiona,troubles des voies digestives).

Vient ensuite la description des symptômes de la maladie qui est caractérisée 1° par un liseré blanchâtre périphérique très net, n'affectant aucune forme régulière et formant la limite, d'un côté de la muqueuse saine, de l'autre de la muqueuse dont les papilles sont dépourvues d'épithélium et comme érigées plustôt qu'hypertrophiées. Bien que n'ayant aucune forme bien déterminées, les parties desquamées sont généralement disposées en arc de cercle, dont la convexité est tournée vers la ligne médiane et la partie postérieure de la langue, d'autrefois deux ou plusieurs circonférences voisines se coupent et forment ce que Bridou comparait aux festons d'une broderie. 2° Le deuxième symptôme est l'exfoliation de la partie malade, qui offre une coloration rouge et un aspect granuleux plus ou moins prononcés suivant la période de la maladie dont le 3e caractère est d'être essentiellement fugace.

Les sensibilités tactiles et gustatives ne sont pas modifiées, il n'existe aucune douleur, pas de tuméfaction ganglionnaire.

A propos du diagnostic, M. Lemonnier passe successivement en revue l'eczéma, le psoriasis, la glossite des fumeurs,

les diverses formes de glossite syphilitique, la glossite scléreuse, affections dont les symptômes et la marche suffisent amplement pour ne pas permettre de les confondre avec la maladie qu'il vient de décrire.

La glossite exfoliatrice marginée, est essentiellement bénigne mais il faut bien dire aussi qu'elle n'a jamais été influencée par les divers traitements employés pour la combattre. Un Index bibliographique complet et quelques figures schématiques et planches en chromo-lithographie, donnant les formes les plus communes de plaques desquamatives, viennent compléter ce travail des plus consciencieux et qui constitue une excellente étude sur les questions toujours si difficiles des maladies de la langue.

Extirpation partielle d'un goître très volumineux *(A partial Extirpation of a remarkably large Trachéocèle,* par le Dr WATKINS.

Il s'agit d'un malade assez délicat âgé de 29 ans, chez lequel on dut pratiquer l'extirpation du lobe gauche du thyroïde qui était tellement développé qu'il gênait la circulation cérébrale et occasionnait des désordres assez graves. L'opération fut laborieuse à cause des vaisseaux nombreux qui sillonnaient la tumeur, dont on dû renoncer à extraire la totalité.

Trois mois après l'opération le reste du goître avait notablement diminué. Les symptômes cérébraux avaient disparus on craignit d'avoir coupé la carotide, mais l'absence de paralysie et les battements perçus dans les branches de cette artère, prouvèrent que ce vaisseau était intact. (*Saint-Louis méd. and surg. journ.*, Novembre 1883).

Tumeur cancéreuse de l'os hyoïde, ablation, par M. le professeur VERNEUIL.

Il s'agit d'un ostéo sarcôme pesant près de 500 grammes, occupant la région sus-hyoïdienne, recouvrant la face externe du maxillaire inférieur, mais laissant parfaitement intactes la respiration, la déglutition et la prononciation.

La chloroformisation fut longue et laborieuse, et l'on fut obligé de l'interrompre à plusieurs reprises. L'os hyoïde enlevé, sans ouvrir le pharynx, une canule fut placée dans la

trachée. Trois heures et demie plus tard la malade succombait sans hémorrhagie ni accès de suffocation.

A l'autopsie, noyaux cancéreux secondaires dans le poumon. M. Verneuil attribue la suffocation à des spasmes par le cœur et les poumons, spasmes ayant eu pour point de départ les noyaux cancéreux de la poitrine (*Gazette des hôpitaux*, 26 juin 1884).

J. CH.

Epithelioma de la partie moyenne de l'œsophage dans laquelle les symptômes imputables à la perforation de la trachée par le néoplasme n'ont apparu que dans les 15 derniers jours de la vie : par le Dr GANZINOTTI (de la Société de Médecine de Nancy

Ces symptômes consistaient en angoises et menace de suffocation lors de la déglutition avec quintes de toux violentes amenant le rejet de mucosités filantes mêlées aux liquides avalés. M. Ganzinotti a réuni 50 observations de perforation des premières voies aériennes par cancer de l'œsophage sur lesquelles 17 fois les symptômes de la perforation ont été nettement accusés. Il fait en outre observer que dans certains cas les symptômes se produisent sans que la perforation ait eu lieu (*Revue médicale de l'Est*, 15 mai 1884).

J. C.

La lèpre et son traitement par M. le Dr VIDAL.

La lèpre dit le docteur Vidal peut atteindre les muqueuses et en particulier les muqueuses nasale et buccale. Le processus ulcératif peut amener un véritable effondrement de la charpente nasale; il s'écoule alors par les narines un pus sanieux et fétide se concrétant parfois en croutes jaunes brunâtres.

Le pharynx et le larynx peuvent aussi être atteints et devenir le siège de délabrements fort considérables. La luette le voile du palais, l'épiglotte et les cordes vocales peuvent disparaître complètement. (*France médicale*, 24 juin 1884).

J. C.

Les rétréoissements cicatriciels de l'œsophage,
par M. TERRILLON.

L'auteur rappelle les procédés employés pour explorer l'œsophage et les moyens de traiter les rétrécissements de ce

conduit. La dilatation 1° brusque et 2° progressive, cette dernière devant être faite de préférence avec des bougies ; dans les cas plus graves l'œsophagotomie interne qui peut se compliquer d'inflammation phlegmonneuse et pour les rétrécissements de la partie supérieure l'œsophagotomie externe qui offre les mêmes dangers. Enfin en dernière ressource la gastrotomie et une fistule gastrique. (*In Progrès Med.*, 8 Mars 1884).

La lèpre et son traitement par M. le Dr VIDAL.

La lèpre, dit le docteur Vidal, peut atteindre les muqueuses et en particulier les muqueuses nasale et buccale. Le processus ulcératif peut amener un véritable effondrement de la charpente nasale ; il s'écoule alors par les narines un pus sanieux et fétide ce concrétant parfois en croutes jaunes brunâtres.

Le pharynx et le larynx peuvent aussi être atteints et devenir le siège de délabrements fort considérables. La luette le voile du palais, l'épiglotte et les cordes vocales peuvent disparaître complètement. (*France médicale*, 24 juin 1884).

J. C.

Le centre de la déglutition, ses irradiations et son importance générale : Dissertat. de S. Melzer, Berlin 1882.

1° Les pulsations du cœur sont accélérées en proportion du nombre des mouvements de déglutition ; à l'accélération succède un ralentissement.

2° Pendant la déglutition, la pression artérielle tombe.

3° Le besoin de respirer ne se fait pas sentir pendant la déglutition.

4° La déglutition exerce une influence ralentissante sur les douleurs.

D'après Schletinger, il existerait dans la moelle allongée un centre présidant aux contractions utérines.

5° Pendant la déglutition l'érection du pénis diminue.

L'auteur en tire la conclusion :

1° De l'irradiation dans le système nerveux ;

2° Que l'irradiation représente une qualité commune aussi bien des impulsions moteurs que des retardateurs, et que

3° Les impulsions réflexes retardateurs augmentent d'après la même loi, que les impulsions moteurs réflexes (*Monatsschrift für Ohrenheilk, etc.*, N° 6, 1883).

GORIS.

NOUVEAU JOURNAL

Nous recevons le premier numéro d'un nouveau journal ayant pour titre : *Internationale Centrablatt fur Laryngologie, Rhinologie und Verwandte Wissenschaften.* Comme son nom l'indique, cette nouvelle feuille est destinée à condenser chaque mois dans une même publication un résumé de tous les articles, brochures ou volumes ayant trait aux maladies du larynx, du nez et des organes connexes. Désireux de remplir ce but, M. Félix SEMON (de Londres), qui a pris en main la direction de cette entreprise, à laquelle nous ne pouvons qu'applaudir de toutes nos forces, a choisi dans chaque pays du monde un collaborateur spécial chargé de lui résumer tous les articles parus dans sa région.

Ces collaborateurs sont les suivants :

L. BAYER (Bruxelles), O. CHIARI (Vienne), K. DEHIO (Dorpat), B. FRÄNKEL (Berlin), Th. HERING (Varsovie), G. JONQUIÈRE (Berne), E. KURZ (Florence), G. M. LEFFERTS (New-York), E. J. MOURE (Bordeaux), Ph. SCHECH (Munich), E. SCHMIEGELOW (Copenhague) et F. SEMON (Londres).

La langue allemande a été choisie par l'auteur parce que le plus grand nombre de Laryngologistes sont allemands ou parlent cette langue, et qu'un journal publié sous une autre langue, anglais ou français, aurait eu bien peu de chances de pouvoir subsister longtemps. Nous ne désespérons qu'il ne vienne un jour où, comme nous le fait déjà espérer M. SEMON, le nouveau *Centrablatt* pourra être édité en allemand et en anglais.

En attendant, nous ne pouvons que féliciter de nouveau M. F. SEMON de son heureuse innovation et souhaiter au nouveau venu une longue existence.

On s'abonne chez Hirschwald à Berlin, et tout ce qui concerne la rédaction du journal doit être adressé à M. F. Semon, 59 Welbeck street. W. Londres.

CORRESPONDANCE

Réplique à M. Garel au sujet de la modification apportée par lui à mon laryngo-fantôme, par le Dr C. LABUS.

Répondant à ma réclamation, M. Garel détourne la question au lieu de réfuter mon objection par des raisonnements et de démontrer qu'elle n'est pas juste. Cela m'oblige à prendre de nouveau la plume pour remettre les choses en place.

A qui appartient la pensée originale d'appliquer un avertisseur électrique à un laryngo-fantôme? A moi certainement, et pas à M. Garel. Tout laryngo-fantôme construit selon son principe, bien ou mal modifié par qui que ce soit, sera toujours un *laryngo-fantôme Labus* avec modification X, Y, Z.

M. Garel trouvant une simplification par trop élémentaire celle faite par moi (de réduire le larynx à un plan horizontal avec un trou de forme et

dimensions pareilles à la glotte), a eu l'idée de substituer à mon tiroir un larynx monté sur le cadavre, afin que les sensations de relief et de profondeur des diverses parties du larynx n'échappent pas à l'élève; et il me fait dire que je critique l'introduction d'un pareil larynx dans mon laryngo-fantôme. On dirait qu'il n'a pas voulu lire la note jointe à ma réclamation autrement il aurait su que trois ans avant lui j'ai eu cette idée.

En effet, en 1881, j'ai construit et fait connaître au public médical un laryngo-fantôme où non-seulement le larynx, mais aussi le pharynx et la bouche sont moulés sur le cadavre. C'est un appareil plus complet, mais plus délicat et plus coûteux. Dans la construction de mon laryngo-fantôme originaire j'ai visé à obtenir tous les effets voulus avec le maximum de simplicité; par conséquent, donner un appareil peu susceptible d'être gâté, qui puisse être arrangé par qui que ce soit et, chose importante, d'un prix très modéré. *Facile est inventis addere,* lorsqu'on perd de vue que l'utilité pratique d'un instrument diminue quand, par son prix élevé, il ne peut être acheté que par quelques individus.

Pour M. Garel, toute l'importance d'un laryngo-fantôme est de pouvoir toucher le point précis désigné d'avance et avoir le contrôle rigoureux de la rapidité de l'opération, ce que, selon lui, on obtient seulement avec son appareil; de là, sa perfection, en comparaison de tous les autres laryngo-fantômes jusqu'ici connus. Dans ma réclamation j'ai démontré assez clairement que ces effets étaient déjà parfaitement obtenus avec mon laryngo-fantôme; M. Garel, ne pouvant le contester, trouva très commode de glisser là-dessus. Je veux même ajouter que le but de l'éducation de l'élève aux manœuvres de chirurgie laryngocospique est atteint plus sûrement avec mon laryngo-fantôme tel qu'il est qu'avec la modification Garel, car, avec celle-ci, l'élève ne peut que toucher avec une sonde des points fixes dans le larynx, tandis qu'avec mon appareil originaire l'élève doit manier avec une pince, un écrasseur, un bistouri, etc., dans tous les points d'une glotte sensible et enlever un polype, faire une incision, etc., ce qui, comme le savent très bien ceux qui s'occupent sérieusement de la spécialité, est bien plus difficile et bien plus utile.

Finalement, l'enthousiasme de l'invention pousse M. Garel à dire qu'il veut même « supprimer le petit mécanisme de M. Labus, qui n'est qu'une partie très secondaire, car son appareil reste néanmoins un instrument très complet », Ce qui constitue la nouveauté de mon laryngo-fantôme et son utilité, comme tous l'ont reconnu, c'est précisément l'appareil — le petit mécanisme, la partie secondaire, comme l'appelle M. Garel — à fermeture électrique par lequel l'élève ne peut accomplir une opération quelconque dans le larynx s'il ne sait aller droit au point fixé sans toucher nulle part, car autrement l'appareil se ferme en imitant le spasme du pharynx ou du larynx, qui arrive sur le vivant. Avec la dernière invention de M. Garel où le larynx est insensible, sauf en huit points, et le pharynx de même — car il supprime mon *petit mécanisme* — l'élève, avant d'arriver au point désigné, peut tâtonner par ci par là sans même qu'il s'en aperçoive. Cela s'appelle *perfectionner, construire un instrument complet, très complet!* M. Garel n'a qu'à dire avec Horace : *video meliora proboque, deteriora sequor.*

Pour mon compte, et pour ne pas ennuyer davantage les lecteurs, *de hoc satis.*

CONGRÈS OTOLOGIQUE INTERNATIONAL

DE BALE

DU 1er AU 4 SEPTEMBRE 1884

Communications annoncées.

I. Anatomie normale et anatomie pathologique.

MM.

1. Prof. His (Leipzig). De l'embryologie du pavillon de l'oreille.
2. Prof. Politzer (Vienne). Contributions à l'histologie normale et pathologique de l'oreille. Présentation de pièces démonstratives.
3. Prof. Moos (Heidelberg) Le système lymphatique du tympan.
4. Prof. Moos (Heidelberg). De la carie lacunaire du manche du marteau.
5. Prof. Moos (Heidelberg). Des villosités siègeant à la paroi interne de la caisse.
6. Dr Brunner (Zurich). Démonstration de pièces histologiques concernant l'anatomie normale de l'oreille.
7. Prof. Politzer (Vienne). De l'état du limaçon dans la surdité leucocythémique avec démonstrations.
8. Dr Bézold (Munich). Démonstration de pièces anatomiques de l'oreille obtenues par corrosion.
9. Prof. Kuhn (Strasbourg). Contribution à l'anatomie de l'oreille interne chez les vertébrés.
10. Prof. Burckhardt-Merian (Bâle). Démonstration de pièces du domaine de l'anatomie normale de l'oreille.

II. Physiologie, méthodes d'exploration.

11. Prof. Moos (Heidelberg). De la cause et du diagnostic des troubles de l'audition dans les cas de tumeurs cérébrales. Valeur diagnostique de l'épreuve aux diapasons.
12. Dr Gellé (Paris). De la valeur sémiologique de l'épreuve du diapason sur le vertex.
13. Prof. Cozzolino (Naples). Démonstration d'un audiomètre électro-microphonique au maximum de sa simplicité et de sa perfertion.
14. Dr Lôwenberg (Paris). Sur une méthode nouvelle d'étudier la propagation du son dans l'oreille externe.
15. Prof. Burckhardt-Merian (Bâle). Résultats comparatifs des diverses méthodes d'exploration de la fonction auditive.
16. Prof. Burckhardt-Merian (Bâle). Démonstration d'un nouveau cornet acoustique.

III. Pathologie et Thérapeutique.

17. Dr Grazzi (Florence), Contribution à l'étude du parasitisme auriculaire, avec démonstration de préparations microscopiques.

18. Dr Siebenmann (Klosters). Démonstration de préparations sur les champignons parasites de l'oreille externe.
19. Dr Ménière (Paris). Cancroïde de la partie moyenne du conduit auditif externe. Repullulation rapide. Guérison.
20. Dr Ménière (Paris). Des rétrécissements du conduit auditif externe; leur influence sur l'audition.
21. Dr Bobone (San Remo). Sur les maladies des oreilles produites par les bains de mer.
22. Prof. Cozzolino (Naples). Classification anatomique des surdités étudiées au point de vue de leur pathogénèse.
23. Dr Noquet (Lille). Phénomènes réflexes provoqués par une otite moyenne purulente chronique.
24. Dr Guye (Amsterdam). Des causes des affections de l'oreille dans la rougeole et la scarlatine.
25. Prof. Politzer (Vienne). Traitement opératoire de la surdité provenant d'anciennes otites moyennes purulentes.
26. Dr Boucheron (Paris). Sur la surdi-mutité par otopiésis.
27. Dr Sapolini, (Milan). Sur une cause d'hyperacosie et Dysècée temporaire ou permanente. Cophose. Méthode curative.
28. Prof. Longhi (Milan). Du sulfo-phénate de zinc dans les otites purulentes.
29. Dr Moresco (Cadix). Présentation d'un injecteur de liquides pour la caisse.
30. Dr Bendelack-Hewetson (Leeds). De l'emploi de la glycérine phéniquée (codex britannique) en injections dans le conduit auditif externe pour couper les otalgies et les inflammations de la caisse.
31. Dr Bendelack-Hewetson (Leeds). Observations sur les résultats thérapeutiques obtenus au moyens de solutions concentrées de carbonate de soude appliquées sous forme de douche nasale quotidienne dans les affections catarrhales de l'oreille moyenne. Présentation de l'appareil employé à cet usage.
32. Dr Kirchner (Würzbourg). Des affections de l'oreille chez les diabétiques.
33. Prof. Longhi (Milan). Deux cas d'affection chronique du labyrinthe à la suite d'un ictère et d'irrigations froides dans le conduit auditif.
34. Dr Hartmann (Berlin). Des dispositions anatomiques à considérer dans la trépanation de l'apophyse mastoïde.
35. Dr Morpurgo (Trieste). Les opérations pratiquées sur l'apophyse mastoïde doivent-elles être hâtives ou tardives?
36. Dr Novaro (Turin). Communication sur la trépanation de l'apophyse mastoïde.
37. Prof. Cozzolino (Naples). Contribution à l'application de la galvanocaustique dans les affections de l'oreille.
38. Dr Lowenberg (Paris). De la nature et du traitement de l'ozène.
39. Dr Thomas Barr (Glasgow). Des végétations adénoïdes de la cavité nasopharyngienne.

Toutes les communications concernant le congrès doivent être adressées à M. le Docteur Burckhardt-Merian, à Bâle.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. Moure.